46e Année. — N° 15. Vendredi 14 Avril 1899.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Note sur quelques cas de phagédénisme, par le Dr Jullien, p. 225. — **Rhinologie** : Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogénie de l'ozène, par le Dr C. Chauveau, p. 228. — **Bibliographie** : De la medication sulfurée, p.230. — **Revue de la presse** : Lupus primitif de la cloison des fosses nasales, p. 230. — **Académie de médecine** : *Séance du 11 avril 1899. — Présidence de M. Jaccoud*, p. 231. — Torticolis obstétrical, p. 231. — Traitement moral des criminels, p. 231. — Sevrage et régime lacté, p. 231. — Prophylaxie de la tuberculose et des maladies évitables, p. 231. — Du rôle ossificateur de la dure-mère : conséquences au point de vue de la technique des interventions cranio-encéphaliques, p. 231. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 avril 1899. — Présidence de M. Raymond.* — Exagération des réflexes, clonus du pied et de la main sans contracture dans un cas d'hémiplégie organique, p. 231. — Méningite cérébro-spinale à streptocoques, p. 233. — Exploration du rein par la glycosurie phloridzique, p. 233. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 8 avril 1899. — Présidence de M. Jullien*, p. 233. — **Dixième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** : *Tenu à Marseille du 4 au 8 avril 1899*, p. 234. — Délires systématisés secondaires, p. 234. — **Variétés** : Association des médecins de France, p. 237. — **Memento pratique**, p. 239. — **Nouvelles**, p. 239. — **Bulletin bibliographique**, p. 240.

SYPHILIGRAPHIE

Note sur quelques cas de phagédénisme (1).

Par le Dr Jullien
Chirurgien de Saint-Lazare.

En exposant les cas qui vont suivre, je n'ai certes pas la prétention de résoudre la question que j'aborde. Le phagédénisme reste notre écueil. Les théories passent, les thérapeutiques se transforment, nos connaissances sur cette redoutable complication n'y ont jusqu'ici rien gagné, et nous restons pour la guérir presque aussi désarmés que du temps de Ricord.

Cependant, j'estime qu'il y a lieu d'analyser chaque cas avec la plus grande attention, et si minime que soit l'enseignement qui en découle, le noter avec soin en attendant que l'heure de la synthèse soit venue. A ce point de vue, l'examen des faits qui vont suivre ne sera pas stérile, je l'espère.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 8 avril 1899.

I. Le premier concerne un M. X..., robuste garçon de 26 ans, originaire de la Guadeloupe, et en apparence exempt de toute tare constitutionnelle.

Je le vois en mars 1895 pour un chancre du prépuce, datant déjà de trente-cinq jours. Je le traite et le guéris, et bien que j'aie employé les mercuriaux, les lecteurs estimeront sans doute qu'il ne s'agissait que d'un chancre mou. Tout était fini en peu de jours.

Je reste un an sans voir ce malade qui me revient en juillet 1896. A la même place, il porte aujourd'hui un chancre, dont on ne peut calculer l'incubation, étant donné le nombre et la variété de coïts avec des femmes différentes. Il a paru le 11 juillet et a pris tout de suite des dimensions importantes; l'ulcération est plate, de teinte brune, à bords anfractueux, très résistante et comme parcheminée, et entourée d'une zône indurée. Ganglions volumineux et mous. En quelques jours cet ulcère fit des progrès énormes et prit très nettement l'aspect phagédénique, avec des bords noirâtres, un fond irrégulier, gris, occupé par quelques bourgeons blafards, qui firent bientôt place à une couenne épaisse. En outre des hémorrhagies se produisirent; le malade souffrait beaucoup, et se plaignait d'une insomnie absolue. La fièvre ne le quittait guère, 37 à 37°5 le matin, 38 à 39 le soir, pouls entre 90 et 100.

S'agissait-il d'un chancre mou ou syphilitique, ou bien d'un accident tertiaire tourné au phagédénisme et consécutif aux chancres que j'avais soignés l'année précédente? J'avoue que j'étais fort embarrassé ; cependant, sans raison déterminante décisive, j'inclinai vers la syphilis, qu'elle fût primitive ou tertiaire. Je fis dès le 18 juillet une injection de calomel de 5 centigrammes, qui ne parut avoir aucune influence sur la marche des accidents, et je retombai dans mon incertitude, quand j'en fus tiré par un incident caractéristique.

Le 24 août, au quarante-quatrième jour du chancre, parut une éruption de grosses papules cuivrées, sèches d'abord et bientôt humides et pustulo-croûteuses. En même temps les amygdales se creusaient d'ulcères profonds, et rapidement envahisseurs.

Les deux ganglions épitrochléens s'engorgeaient, acquéraient le volume d'une noisette, et faisaient sous la peau une saillie fort douloureuse. Aux injections de calomel, j'ajoutai l'iodure à haute dose. Je redoublai de soins locaux et, vers la fin de septembre, j'avais raison de tous ces accidents : l'éruption avait disparu

et la verge, qui avait été labourée par une fondrière très profonde et très disséquante, revenait peu à peu à son aspect naturel, tant est grande la vertu régénératrice des tissus dans cette région privilégiée.

La réparation était bien complète le 2 octobre, je constatai avec plaisir qu'il ne restait plus que 2 ou 3 pustules d'acné probablement dues à l'iodure.

Hélas, ce calme ne devait pas être de longue durée ! Quatre jours après, une induration chondroïde se manifestait sur la couronne, en son milieu, puis se creusait, et donnait naissance à un nouvel ulcère, recouvert d'une croûte jaunâtre, molle, très adhérente, comme le sont les mauvaises croûtes, et très douloureux. C'était un nouveau phagédénisme qui commençait, et qui, malgré tous mes efforts et les plus attentifs traitements internes ou externes ne dura pas moins de quatre mois; un jour le mal semblait s'apaiser et le lendemain un œdème, donnant à une partie du prépuce le volume du gland, annonçait une fluxion nouvelle et une nouvelle progression de l'ulcère. Successivement trois points voisins se prirent ainsi. La nécrose moléculaire pénétrait sous le fourreau et atteignait l'albuginée, protectrice des corps caverneux, causant d'intolérables érections nocturnes. Et il en fut ainsi jusqu'à la fin de janvier.

Mais ce n'était là qu'une faible partie du martyre de mon pauvre malade; le 25 septembre, il s'était fait à la jambe droite une minime blessure avec la pédale de sa bicyclette. En ce point ne tarda pas à se développer un terrible ulcère, qui le 14 janvier ne mesurait pas moins de 9 centimètres sur 6,5. Cette nouvelle perte de substance avait passé elle-même par les mêmes phases d'arrêt torpide et de progression foudroyante que celle de la verge, et, comme elle, donnait lieu à de cuisantes douleurs.

Enfin les amygdales et le pharynx se détruisaient de leur côté, travaillés par de larges perforations.

L'état général périclitait sensiblement. De 75 kilogrammes, le poids était tombé à 69. La fièvre, une fièvre subaiguë, ne discontinuait pas.

Et ne croyez pas que je me croisais les bras. J'avais dû modérer le traitement mercuriel à cause d'une gingivite dont je tenais à rester maître, mais j'avais cependant donné 5 injections de calomel, et nombre de pilules de Sédillot quand j'avais peur des doses massives. Puis j'avais insisté sur l'iodure de potassium. Avec cela tous les toniques habituels, quinquina, kola, étaient pris à hautes doses. Et localement je renonce à vous énumérer tous les topiques, le nitrate d'argent, l'aristol, l'onguent napolitain, la teinture d'iode, le permanganate de potasse en irrigations, le bétol, le vin aromatique résorciné. Ce ne fut qu'en février que je prescrivis celui qui devait guérir, l'eau bioxygénée. Tout d'un coup la couleur des pertes de substances se modifia, devint rose, leur surface se couvrit de bourgeons favorables, et en quelques semaines la cicatrisation générale était complète. Mon malade avait fait un mauvais rêve de neuf mois. Voilà deux ans qu'il reste complètement guéri.

Je me suis souvent demandé, pourquoi ce malade d'âge moyen, de constitution robuste, de bonne corpulence, avait eu une syphilis à début si cruel, non pas maligne, précoce, puisque les accidents secondaires vinrent à leur heure au quarante-quatrième jour, mais réellement grave et cachectisante.

Etait-ce un trouble général de la nutrition? Je fis analyser les urines, elles se trouvaient à peu de chose près normales, sans sucre, et sans albumine. Qu'on en juge par les chiffres suivants : densité, 1.024; urée, 26,75; acide urique, 0,71 ; acide phosphorique, 2,46 ; chlorure de sodium, 10,40.

Ce n'était pas davantage, comme on l'a dit récemment, le défaut d'imprégnation ganglionnaire, qui livre le virus à l'absorption sans barrière (loi d'Augagneur), puisque les aines contenaient de forts ganglions, et que même les glandes lointaines, les épitrochléennes notamment, avaient présenté un volume important. En terminant je rappellerai que mon malade est originaire des Antilles et que, comme tel, il avait souffert d'accidents paludéens.

En résumé, voilà un cas qui se présentait plutôt au début avec les allures du chancre mou. L'évolution a prouvé sans conteste qu'il s'agissait de la syphilis. Je sais bien qu'on peut ergoter sur la dénomination exacte de ces accidents, et faisant jouer un rôle prépondérant aux chancres observés l'année précédente, donner le nom de gommes tertiaires à ceux de 1896; cette interprétation ne me paraît pas d'accord avec les phénomènes concomitants, l'adénite et surtout l'éruption au quarante-troisième jour. Quoi qu'il en soit, je retiens le fait de la syphilis indiscutable, d'abord cachée sous les apparences d'un chancre simple, et j'appelle aussi particulièrement l'attention sur la plaie accidentelle, la plaie de bicyclette, qui fut infectée, comme on le voit souvent au cours de la syphilis, mais non toujours heureusement, et une fois devenue plaie virulente par cette infection, subit à son tour le processus phagédénique comme l'eût fait une blessure inoculée de virus chancrelleux au cours d'un phagédénisme. Il faut donc admettre qu'à cette heure il y avait une prédisposition générale et comme une nouvelle infection génératrice du phagédénisme, qu'il s'agît d'une plaie du prépuce, de la jambe ou des amygdales. Nous pénétrons très intimement dans la pathologie de ces accidents, dont il ne nous reste à connaître qu'un seul facteur, le plus important il est vrai, la cause.

Voici maintenant un second fait qui ne me semble pas de moindre importance.

II. Au mois d'août de l'année dernière entrait dans une maison de santé un homme de 48 ans, d'apparence assez malingre, pour une effroyable mutilation du gland. M. le professeur Guyon, qui l'avait vu tout d'abord, quittant à ce moment Paris pour aller en va-

cances, avait bien voulu me désigner pour continuer les soins, et je me trouvai en présence d'un cas de phagédénisme aigu d'origine vénérienne. Ma première visite date du 29 août.

Toute une moitié du gland avait disparu comme si on avait enlevé toute la calotte supérieure par une coupe inclinée à 45°, le malade étant supposé dans une position couchée ; le méat était donc largement ouvert et l'urine coulait à même une surface ulcérée du plus mauvais aspect; une fausse membrane couleur blanc ivoire couvrait une bonne partie de la plaie, peut-être consécutive à une vigoureuse cautérisation au chlorure de zinc; l'organe en dessous était démesurément gonflé, ce qui tenait vraisemblablement à sa situation en paraphimosis. Ganglions inguinaux pas très durs, et certainement au-dessous de la moyenne des ganglions infectés, comme volume.

Nous étions alors au 43e jour de ce chancre, si vraiment rongeur que jusqu'alors sa nature n'avait même pas été discutée. Mais voilà que la peau se parsème de petites taches indécises d'abord, puis bientôt parfaitement caractérisées, c'était bien une roséole à petits éléments fort discrète d'ailleurs. Elle était dans les délais 6 à 7 semaines après le début du chancre, qui lui, avait paru le 18 juillet, exactement 15 jours après un coït, un seul. Encore une fois se vérifiaient les dates classiques. Nous n'avions pas affaire à une syphilis maligne, mais elle était singulièrement grave. La nutrition périclitait, l'état général était fort mauvais, le teint cachectique, la fièvre constante, l'insomnie absolue, tant était intolérable la douleur locale. Au 23 septembre, le malade avait perdu 11 kilogr.

Mon premier soin fut de ramener le prépuce en avant, de favoriser la détersion de la plaie par des lavages et des bains antiseptiques. Mais l'amélioration ne se décela véritablement que du jour où je pansai cette vaste ulcération avec l'onguent napolitain, suivant la méthode anciennement recommandée par Simonnet. Il fallut de longs mois pour que les lambeaux survivants du gland fournissent une réparation cicatricielle vraiment flatteuse et qui est loin de laisser soupçonner d'aussi atroces ravages.

La syphilis ultérieure fut surtout dénutritive et cachectisante, car il y eut fort peu d'éléments, et l'éruption fut presque insignifiante, si j'excepte une laryngite érythémateuse et des ulcères assez prolongés des amygdales.

Le traitement fut ce qu'il put être avec un organisme aussi peu résistant. Les injections de calomel et d'huile grise faites dans les débuts durent être suspendues à cause de l'intolérance rénale, qui se traduisit vite par de l'albuminurie, et de la susceptibilité intestinale entraînant plusieurs semaines de diarrhée. Je dus en venir aux applications de sparadrap de calomel comme traitement à peu près unique. Aujourd'hui le malade est en bon état et jouit d'une véritable période de calme réparateur.

Signe particulier, ce malade est originaire de la Sologne, il ne se rappelle pas y avoir eu les fièvres, mais la rate, examinée avec la collaboration du très distingué Dr Bianchi, mesure 8 centimètres de large sur 18 de longueur.

Voici encore un cas dans lequel la syphilis, dissimulée tout d'abord, sous les apparences du chancre simple, reste maîtresse du terrain. La forme de destruction foudroyante, qui caractérise ce cas lamentable, se distingue singulièrement de la précédente, et en impose tellement pour la chancrelle, d'après le signalement comparatif fait aux deux chancres, que je ne suppose pas l'erreur évitable. En dépit de la précision des anamnestiques, que l'on est toujours un peu tenté de suspecter, c'est de ce côté que s'était orienté le diagnostic, et en pareil cas je crains bien qu'il en soit toujours ainsi. Je ne saurais trop insister sur la restauration vraiment artistique que la nature opère en pareil cas, et je défierais qu'à l'examen du gland même réduit que l'on voit aujourd'hui, on pût se douter du carnage qu'y avait opéré la gangrène.

Un autre point sur lequel je veux m'arrêter, c'est la nécessité de remettre immédiatement sous phimosis toute ulcération de cette région. Le paraphimosis, les tissus étant forcément gonflés, accroît ce gonflement, détermine une constriction de plus en plus énergique, et entretient dans toutes les parties qui le dépassent une stase congestive des plus funestes. Trop de médecins trompés par des idées de nettoyage indispensable, s'attachent à découvrir le gland par des tractions maladroites, c'est ce qui peut arriver de pire au malade.

Nous arrivons à la dernière des observations que je vous ai conviés à examiner avec moi.

III. Cette dernière observation concerne un homme de 49 ans, d'excellente santé habituelle, qui vint me consulter pour une ulcération occupant exactement la moitié gauche du sillon balano-préputial. Elle était très creusante. On voyait immédiatement que la muqueuse avait été entamée net, comme à l'emporte-pièce, tranchée dans toute son épaisseur ; au fond, un sillon profond rouge violacé; sur les bords des lambeaux noirâtres, débris de sphacèle. Tous ces tissus étaient infiltrés et indurés. A droite ganglion dur, à gauche ganglion dur et sensible, manifestement enflammé avec rougeur à la peau.

Ma première impression fut que je me trouvais en face d'une ulcération syphilitique, mais le malade opposait les dénégations les plus absolues. Ma conviction était telle cependant que je lui fis une injection de calomel le 10 juin, mais sans aucun bénéfice.

Alors je tombai dans les thérapeutiques locales les plus variées, et je dois le dire, les plus stériles. Mon malade était impatient et n'aimait pas à continuer longtemps les remèdes incertains. Successivement furent essayés les topiques les plus recommandés : le sublimé, le permanganate de potasse, le tartrate de

fer, la résorcine, la chlorure de zinc, la guimauve, l'extrait de valériane, etc.

L'ulcération continuait toujours à la surface où elle faisait le tour complet du gland, et surtout dans la profondeur, où elle filait sous le fourreau, englobant déjà l'enveloppe des corps caverneux.

L'état général n'était pas brillant, pas d'albumine, malgré un œdème des jambes avec larges taches purpuriques, mais un peu de polyurie; examinés au phonendoscope avec mon excellent ami Bianchi, les reins nous paraissent volumineux, la rate normale, le cœur normal et sans souffle. Amaigrissement, fièvre, insomnie.

En juillet le mal est à son comble, le ganglion de gauche s'est ouvert et se phagédénise à son tour.

A ce moment le malade me quitte et je n'entend plus parler de lui pendant 8 mois.

Il y a quelques jours, il revient guéri et dans le seul but de me faire constater qu'il l'est bien, et de m'apprendre quelles voies l'ont conduit à la guérison. Je lui sais un gré infini de cette visite, qui donne quelque intérêt à ce cas, et sans laquelle je n'eusse jamais osé en entretenir.

Hé bien, voici par quelles péripéties il passa, entre les mains de deux confrères des plus compétents et des plus distingués. Le premier l'améliora énormément en lui imposant le séjour au lit, et les attouchements avec les solutions de nitrate d'argent à doses progressives depuis 1 0/0, jusqu'à 1/40. Mais au moment où il se croyait complètement débarrassé, le mal repartit de plus belle en exerçant ses ravages sur le gland dont la plus grande partie disparut en quelques jours. C'est alors qu'un dernier confrère, qui l'avait vu déjà à plusieurs reprises, orienta d'une façon décisive le diagnostic vers la vérole, donna l'iodure, pratiqua 10 injections de calomel et, plus heureux que je ne l'avais été par le même moyen amena enfin la complète cicatrisation.

Signe particulier: ce malade, ancien marin, avait certainement souffert de paludisme au cours de ses voyages. J'ajoute qu'on lui a dit qu'il eut pour nourrice une coureuse, qu'il accepte comme très probable l'hypothèse d'une syphilis contractée à cette époque et que, à l'en croire, le confrère qui eut le bonheur de le guérir partage cette opinion.

Il fallait que ce dernier cas encore finit par rentrer dans le domaine de la vérole. Du moins cette explication me paraît la seule plausible. A la vérité l'idée de la syphilis acquise en nourrice et ayant dormi pendant près de 50 ans, pour se réveiller avec cette intensité, rencontrera peu d'adeptes, surtout si l'on prend garde qu'il s'agit en l'espèce d'un marin, d'un ancien capitaine de cabotage, et que l'hygiène de ces loups de mer est plus que sujette à caution.

Quoi qu'il en soit c'est le calomel qui en devait triompher et j'en aurais eu raison six mois plus tôt si je ne m'étais pas arrêté après une seule tentative. A ma décharge, je puis dire que les médecins de la dernière heure ont profité de mes échecs, et plus d'un pensera peut-être, comme le disait autrefois Ricord, qu'ils sont venus à l'heure où le mal devait guérir.

Je retiens donc dans cette observation le nombre des injections de calomel, 10, qui fut nécessaire pour assurer la guérison, chiffre un peu inusité en l'ordinaire courant de la syphiligraphie.

Un autre point me frappe, c'est l'heureux effet du séjour au lit. Mon homme a guéri presque complètement, quand un confrère bien avisé a eu l'autorité suffisante pour lui imposer le décubitus dorsal absolu.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ces trois cas, que j'ai groupés au hasard de la clientèle et non pour les besoins de la cause, quelle conclusion tirer?

Hé bien, je le répéterai encore: il faut un effort en face du chancre phagédénique pour en arriver au syphilome, et cette erreur d'orientation, c'est notre instruction classique qui nous la fait commettre, en nous laissant des données fausses sur la fréquence comparative du phagédénisme dans les deux cas. En face de ces ravages, pensons donc tout de suite à la vérole, et quand nous aurons pesé les plus graves raisons pour l'éliminer, alors seulement acceptons la chancrelle.

Pour l'étiologie de l'accident, je sais bien que l'organisme de mes trois infirmes était critiquable à plus d'un point de vue, notamment pour le sujet de la deuxième observation; mais une condition me paraît dominer toutes les autres, c'est le paludisme, car, en somme, de près ou de loin, mes trois malades étaient des paludéens. Le vieux Pietro Pellizzari avait coutume d'insister sur ce facteur, et je pense qu'il avait raison.

Je conclus : en face d'un phagédénisme, pensons à la syphilis, et cherchons aussi le paludisme. Enfin pour le traitement, souvenons-nous des bienfaits du repos complet qui calme l'insomnie douloureuse, le plus affligeant symptôme de cet état, et, s'il y a lieu, donnons le calomel *largâ manu*.

RHINOLOGIE

Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogénie de l'ozène,

Par le Dr C. Chauveau.

Nous venons d'observer soigneusement — autant que faire se peut dans un dispensaire de consultation externe — 65 cas d'ozène. Il y a, croyons nous, quelque intérêt à publier déjà quelques résultats de ces examens qui continuent, au point de vue des troubles nerveux, cardiaques et digestifs. Quelques-uns, en effet, nous ont paru susceptibles de jeter quelque lumière sur la pathogénie jusqu'ici assez obscure de cette affection.

Ces notes seront concises, les observations détaillées

devant faire partie d'un travail ultérieur plus complet.

Troubles nerveux.— Tout d'abord, nous avons été frappé de ce fait que la plupart de nos malades avaient une hérédité nerveuse chargée. Le plus souvent, les parents sont impressionnables, coléreux, plus ou moins nettement hystériques. Nous avons noté, du côté paternel : 5 cas d'alcoolisme invétéré, 3 cas d'aliénation mentale, 1 cas de diabète ; du côté maternel : 5 cas de migraine. Parmi les collatéraux, qui sont fréquemment hystériques, nous avons remarqué une fois l'hémorrhagie cérébrale, l'ataxie et l'épilepsie.

Autre constatation caractéristique : Un tiers environ de nos malades présentaient des signes de dégénérescence assez nets. Nous avons recherché et constaté les stigmates ordinaires des dégénérés : asymétrie faciale portant sur le front, la cavité orbitaire, la forme et la direction du nez, malformation des maxillaires supérieurs et inférieurs, mauvaise implantation des dents, parfois déformées, crenelées et de volume irrégulier, anomalies, rares du reste, du voile et de la luette, oreilles mal ourlées et dejetées, asymétrie cranienne, disproportion des membres et de leurs diverses parties, surtout des doigts... Ces divers signes sont rarement groupés d'une façon frappante chez le même sujet, mais peuvent être retrouvés en plus ou moins grand nombre et plus ou moins nettement, nous le répétons, chez un tiers de nos malades.

Nous avons trouvé également des symptômes de dégénérescence intellectuelle ; mais, par leur caractère même, ils sont plus discutables, et nous nous réservons d'y revenir.

Les troubles nerveux proprement dits sont peu accentués et passagers. Ce sont : la céphalalgie, l'insomnie, la diminution de la mémoire, la mélancolie, assez rare d'ailleurs, la fatigue cérébrale prompte (près de la moitié des cas). En somme, tableau morbide beaucoup moins chargé que dans l'hypertrophie, les polypes et certaines malformations. Ces troubles s'amendent assez rapidement par le traitement nasal.

Il convient de noter que la plupart de nos sujets sont impressionnables, vifs et franchement névropathes, tous symptômes qui paraissent indépendants de l'ozène.

En présence de cette hérédité nerveuse, de ces signes de dégénérescence et de l'état névropathique de la plupart de nos sujets, nous nous sommes demandé si ces conditions morbides ne jouaient pas un rôle, n'étaient pas un facteur dans la pathogénie si discutée de l'ozène.

On connaît les théories pathogéniques de cette affection : volume disproportionné de la fosse nasale, résultant d'une petitesse congénitale des cornets (Zanfal) avec participation prépondérante des sinusites sphénoïdales et ethmoïdales (Michel et Grunwald) ; dégénérescence graisseuse primitive de l'épithélium et des glandes et atrophie secondaire de la muqueuse (Habermann) ; atrophie du cornet moyen par compression (Berliner) ; stade ultime de la rhinite hypertrophique (Zuckerkandl) ; diplocoque (Lœwenberg et That) ; bacillus fœtidus (Hajeck) ; microbe encapsulé (Paulsen) ; bacille de Lœffler (Belfanti, de la Védova, Gradeniga).

Ces diverses théories ont été une à une reconnues insuffisantes. Ainsi, la grandeur disproportionnée des fosses nasales semble plutôt consécutive que primitive (Potiquet). La sinusite manque dans beaucoup de cas (Schech). L'idée d'une dégénérescence graisseuse ne fait que reculer la question ; Cordes de Berlin l'a signalée (travail tout récent) dans beaucoup d'affections nasales sans ozène. Contrairement à l'opinion de Berliner, la compression des cornets moyens par l'hypertrophie et les polypes n'amène pas d'ozène.

L'hypothèse de Zuckerhandl a été combattue par Gottstein, Demme, Schmidt ; l'existence du stade hypertrophique n'a pas été démontrée.

Quant à la théorie parasitaire, jusqu'ici il n'est pas prouvé qu'aucun microbe décrit soit exclusivement pathogène. Ainsi Rohrer a décrit 30 espèces du coccus et 26 espèces de bâtonnets. D'autre part, l'échec des divers traitements antiseptiques et même du sérum antidiphtérique ne paraît guère douteux. Sans doute ces microbes doivent jouer un rôle dans la putréfaction et les phénomènes inflammatoires ; mais ils n'expliquent pas à notre sens, la ténacité et le caractère particulièrement atrophique des lésions. Il semble plutôt qu'il coexiste des colonies de microbes variés, se développant sur un terrain particulièrement préparé.

Pluder (à la Société de médecine de Hambourg 1897) a parlé de trophonévrose. Cordes admet cette hypothèse, tout en ajoutant ce qu'avait déjà insinué Pomma il y a un an, qu'il pourrait s'agir aussi d'une ostéomalacie localisée. Enfin le squelette paraîtrait envahi, indépendamment de la muqueuse et même antérieurement à elle.

Sans aller aussi loin, nous admettrions volontiers qu'il y a là un terrain à réaction nutritive spéciale, puisqu'il s'agit de dégénérés névropathes.

Troubles cardiaques. — Kuper, le premier (*Deutsche Med., Woch.* 1884) note ces troubles. Mackensic, Hoppmann, Hack signalent même de véritables goîtres exophtalmiques. Gradenigo et Flien incriminent surtout les sténoses auxquelles ce dernier rattache certaines pseudo-angines de poitrine. Spencer Watson (*Britis. med., jour.*, 2 nov. 1897) publie 2 cas de tachycardie chez des sujets atteints de polypes du nez. De Stein (*Monat. fur. Ohr.*), dans une statistique de 530 affections nasales, trouve chez le dixième des malades, des perturbations cardiaques. A noter aussi l'intéressant travail de Guder (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1898).

De notre côté, nous n'avons remarqué aucun trouble grave comme symptôme sérieux, nous avons observé 2 cas de pseudo-angines frustes, sans propagation au bras gauche. Dix malades présentaient, de temps à autre, des crises de palpitations assez violentes, qui en

ont imposé, quelque temps, pour une affection cardiaque. Chez la plupart de nos autres sujets, ce qui nous a frappé, c'est le manque de résistance du cœur à la fatigue, symptôme qui ne peut être constaté que par un interrogatoire minutieux. Cette faiblesse cardiaque est essentiellement variable d'un jour à l'autre.

L'idée vient tout d'abord d'attribuer à ces phénomènes une origine anémique, à cause de la suppuration chronique dont sont atteints les ozéneux. Nous pensons qu'il s'agit plutôt de troubles réflexes. En effet, les souffles cardiaques sont exceptionnels (six de nos malades seulement) : ces perturbations sont, de plus, essentiellement journalières et très nettement modifiables par le traitement.

Nous n'avons jamais trouvé d'hypertrophie cardiaque.

Troubles digestifs. — Les troubles observés par nous ne semblent pas en faveur de l'hypothèse d'une infection gastrique par les sécrétions avalées qu'ont émises Fischer (*Med. record* 1891), Hildebrandt (*Therap. monat.*, 1893), Chabory (*Progrès médical*, 1894) et Lermoyez (*Traité de pathologie générale*, vol. IV) ; mais bien plutôt venir à l'appui de la théorie des réflexes soutenue par Elsberg (1870), Dreese (*The Times and register*, 1889), Moldenhauer (*Traité*). En effet, 20 malades présentaient des symptômes gastriques accusés qui, six fois seulement, pouvaient être rapportés à une gastrite. Et encore, trois de ces sujets avaient souffert de longues privations. Chez les autres, les perturbations paraissaient purement fonctionnelles, telles que, inappétence passagère, pesanteur, et parfois, mais rarement, crampes et douleurs épigastriques, ballonnement. La dilatation semble exceptionnelle. Ces divers symptômes s'amendaient nettement par le traitement nasal.

BIBLIOGRAPHIE

De la médication sulfurée, par le Dr Ferras, ancien interne des hôpitaux, préface d'Albert Robin, de l'Académie de médecine. Paris, Oct. Doin, édit. 1898.

Le Dr Ferras, qui exerce depuis de longues années à Luchon, est particulièrement bien placé pour nous présenter, au point de vue pratique, les effets physiologiques et thérapeutiques du soufre dont on est loin de connaître encore toutes les ressources dans la pratique. L'auteur, après nous avoir montré que les anciens connaissaient les propriétés antiseptiques du soufre, qu'ils en avaient fait une large application dans les maladies. Après avoir exposé les propriétés du soufre et de ses composés, donne une description des eaux sulfurées, sulfurées sodiques et sulfurées calciques, indique l'importance de la présence de l'hydrogène sulfuré, du dégagement d'électricité des eaux sulfurées et aborde d'une façon détaillée l'action physiologique du soufre. Il nous initie à la théorie du philothion, corps hypothétique qui intervient d'une façon active dans le mécanisme des oxydations organiques. Mais l'action physiologique du soufre contenu dans les eaux minérales sulfurées devient d'une explication bien plus difficile en raison des éléments complexes qui interviennent, association d'autres substances, formes du soufre, thermalité. Ce sont ces conditions particulières et très variées qui prêtent à ces eaux des propriétés thérapeutiques si remarquables, d'une application méticuleuse parce qu'une étude approfondie seule met au courant des indications. C'est une partie de la thérapeutique sulfureuse à laquelle M. Ferras a donné de grands développements et qui renferme de précieux renseignements pour le praticien.

Le médicament une fois connu, soit à l'état isolé, soit en combinaison dans les eaux minérales, M. Ferras passe en revue les indications des nombreuses affections et maladies que réclame la médication sulfurée, soit comme usage interne, soit comme usage externe. Toutes les affections justiciables du soufre sont passées en revue. Un tableau récapitule avec indication, par ordre d'importance, de la station pour une affection déterminée tributaire du soufre. La monographie de M. Ferras, conçue dans un esprit très pratique et bien agencée dans un plan, sera utilement consultée par les praticiens qui auront constamment à faire l'application de ces données thérapeutiques auprès de leurs malades.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Lupus primitif de la cloison des fosses nasales, par Jousset. — Le lupus primitif des fosses nasales est plus fréquent qu'on ne le pense. Son début insidieux, sa démarche lente sont les raisons pour lesquelles il passe si facilement inaperçu. Comme pour le lupus des cautres organes, c'est une lésion tuberculeuse lente à bacilles rares. M. Jousset a observé trois cas qui ont débuté par la partie antérieure de la cloison. La lésion était au début caractérisée par de la tuméfaction uniforme de la muqueuse, puis des saillies, des mamelons survinrent sur la muqueuse moins colorée; des nodules lupiques avec mamelons de consistance très friable se montrèrent ensuite, portant des croûtes jaunes ou verdâtres sous lesquelles se formaient des ulcérations à bords déchiquetés et découpés, à surface bourgeonnante.

Le diagnostic du lupus de la cloison des fosses nasales est aisé quand il existe une lésion semblable sur la peau ou des lésions tuberculeuses.

Sinon, le lupus peut être confondu avec un polype muqueux, un myxome, un papillome, l'épaississement simple de la cloison avec hypertrophie par places. Lorsqu'il y a des croûtes, le lupus peut-être confondu avec l'eczéma du nez, avec les ulcérations de la rhinite

chronique, avec les ulcérations tuberculeuses, avec les ulcérations syphilitiques, diagnostic différentiel dans le détail duquel il serait trop long d'entrer. Dans le traitement M. Jousset préfère aux agents chimiques le râclage avec une curette tranchante, puis la cautérisation à l'acide lactique ou au galvano-cautère. On peut encore recourir aux scarifications, mais il faut avoir bien soin de les faire suivre de cautérisations pour éviter les inoculations et l'infection généralisée. *Rev. hebd. de laryng.*, 26 nov. 1898, et *Journal des mal. cut. et syphil.*, janv. 1899. Dr B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1899. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend un pli cacheté du Dr Chipault sur le traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs saphènes (Accepté).

Torticolis obstétrical. — M. Berger présente un jeune garçon de 10 ans atteint de torticolis congénital, compliqué de scoliose et d'asymétrie crânienne et faciale et qui a été guéri par la ténotomie sous-cutanée des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien et par le massag

Ce cas tire son intérêt de la complexité de la déformation consécutive, qui consistait dans une diminution des diamètres vertical et transversal de la face du côté de la rétraction (côté droit), dans une conformation oblique ovalaire du crâne qui se continuait avec une triple inflexion rachidienne, présentant une première convexité cervicale gauche, une convexité dorsale droite, une dernière courbure de compensation lombaire à convexité gauche. Cette déviation a complètement disparu après le redressement de la tête obtenu par la section du sterno-cléido-mastoïdien et sous l'influence des massages et des manœuvres modelantes.

M. Berger insiste sur l'importance du traitement orthopédique consécutif qui doit durer des mois et être dirigé avec le plus grand soin.

Partisan convaincu de la méthode sous-cutanée pour la section du sterno-cléido-mastoïdien, M. Berger n'a pas vu de cas de torticolis congénital qui eût résisté à cette opération, qui est plus délicate que la section à ciel ouvert, mais qui ne présente pas plus de dangers. La ténotomie sous-cutanée a sur celle-ci l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, ce qui est d'une importance considérable chez les jeunes sujets et surtout chez les filles. Dans les cas où le redressement par la ténotomie sous-cutanée laisserait un résultat incomplet, il serait temps de recourir aux sections musculaires à ciel ouvert ou même à l'extirpation du sterno-cléido-mastoïdien proposée par Mikulicz, opération qui doit être réservée pour des cas extrêmes et dont jusqu'à présent M. Berger n'a pas vu se présenter l'indication. Dans le torticolis congénital, la section sous-cutanée du muscle doit être l'opération de choix.

M. Pinard veut adresser à M. Berger deux observations. Il ne croit pas qu'il faille appeler cette affection torticolis congénital. Quand cet enfant est né il n'avait pas de torticolis, le torticolis est dû à la présentation du siège, aux tractions qui ont été exercées sur le sterno-mastoïdien, aux ruptures et aux hématomes qui se sont produits à ce moment. C'est un torticolis d'origine traumatique et non congénital. Seconde observation : l'opération de M. Berger a été fort bien menée, mais on aurait pu ne pas la faire si, immédiatement après le traumatisme, on avait fait du massage et si on l'avait continué régulièrement. Dès que l'on s'aperçoit de ces rétractions, il faut faire du massage pour combattre ces déformations.

M. Berger. Je suis tout à fait d'accord avec M. Picard. Ce n'est pas en effet un torticolis congénital, mais un torticolis traumatique d'origine obstétricale. Il est certain aussi qu'un traitement fait immédiatement amènerait la guérison sans ces nombreuses déformations osseuses et en particulier craniennes que l'opération, faite plus tard ne peut faire disparaître entièrement.

Traitement moral des criminels. — M. Prosper Lemaistre demande le rétablissement du pilori. Sans aller jusqu'à dire que tous les criminels sont des aliénés, il pense qu'ils présentent généralement l'absence du sens moral ; cependant une exposition au pilori pendant une heure, dans leur pays natal, un jour de foire ou de marché, aurait une meilleure influence sur eux qu'un long séjour en prison.

Sevrage et régime lacté. — M. Rousseau St-Philippe (de Bordeaux). Peu d'enfants sont sevrés comme ils devraient l'être, rationnellement et scientifiquement, et c'est l'origine de la plupart des maladies du tube digestif chez eux. Il combat surtout la pratique du régime lacté, absolu ou relatif, dans les diarrhées dues à cette cause. Le régime lacté ne fait qu'entretenir cette diarrhée, que le lait soit stérilisé ou non. Le lait ne convient pas comme une panacée à toutes les voies digestives, il faut qu'il puisse être absorbé par l'organisme. Dans ces cas il faut suspendre d'une façon absolue le lait ; pendant une période de transition, il ne faut donner que des liquides, décoction de céréales, thé léger, etc., faire des frictions sèches, puis choisir avec soin les aliments nécessaires (Comm. M. Cadet de Gassicourt.)

Prophylaxie de la tuberculose et des maladies évitables. — M. Armaingaud fait une communication sur l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose et des autres maladies évitables dans dix-sept arrondissements de Paris, par la Ligue contre la tuberculose.

Du rôle ossificateur de la dure-mère : conséquences au point de vue de la technique des interventions cranio encéphaliques. — M. A. Chipault. J'ai toujours été réfractaire aux interventions crâniennes laissant intacte la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux. J'avais la conviction que ceux de mes trépanés chez qui je l'avais enlevée m'avaient donné des résultats bien supérieurs à ceux chez qui je l'avais, soit laissée indemne, soit rabattue et suturée après incision.

Je suis heureux de pouvoir appuyer aujourd'hui cette opinion intuitive sur des faits précis.

Ces faits sont les uns expérimentaux, les autres cliniques. Les premiers sont entièrement dus au Dr Berezowski, privat docent à l'Université de Moscou au nom duquel j'ai l'honneur de vous les présenter, les autres, ayant consisté en l'examen de séries d'anciens trépanés sont dus, les uns à mon collaborateur, qui a pu examiner 29 opérés du service du professeur Kocher, de Berne, les autres à moi-même qui ai, dans les mêmes conditions, recherché l'état actuel, au point de vue crâne et au point de vue résultat thérapeutique, de 15 de mes anciens trépanés.

Les faits expérimentaux, observés chez des chiens, des chats et des lapins, ont démontré :

1° Que la dure-mère prenait une part considérable à l'ossification des pertes de substances crâniennes ;

2° Que les changements de rapports topographiques s'opposent à sa propriété ossificatrice ;

3° Que les adhérences cicatricielles *aseptiques* du péricrâne et du cortex recouvert de ses méninges molles n'ont aucune influence fâcheuse sur ce dernier.

Le Dr Berezowski poursuivit actuellement, sous la direction de M. le professeur Cornil, l'étude histologique des premiers stades de cette ossification durale.

Les faits cliniques viennent absolument à l'appui de ces constatations expérimentales.

Ils démontrent, en effet, que, dans les trépanations où la dure-mère a été conservée intacte, l'oblitération osseuse de la perte de substance se produit sur toute sa surface ; qu'elle se produit en partie, si la dure-mère a été conservée partiellement ; qu'elle ne se produit pas, si elle a été détruite.

Ils nous permettent en outre de constater que les résultats thérapeutiques obtenus sont très supérieurs, lorsque la permanence de l'orifice osseux a été assurée par la suppression de la dure-mère correspondante. Je crois devoir citer avec détails les faits personnels sur lesquels j'ai pu avoir quelques renseignements à ce sujet. Ce sont :

1° Neuf traumatismes anciens. Trois malades, atteints de lésions crâniennes en apparence légères n'ont pas été opérés : deux sont aujourd'hui des jacksoniens, le troisième présente des troubles mentaux. Six ont été trépanés : tous présentaient avant l'intervention de l'épilepsie jacksonienne : chez trois l'intervention avait laissé intacte la dure-mère ; l'occlusion de la perte de substance s'est faite par une plaque dure, probablement osseuse ; chez ces trois les crises ont reparu. Chez trois autres, la dure-mère a été enlevée, la réossification ne s'est pas faite, l'épilepsie a guéri ; deux de ces sujets sont des enfants : l'un opéré depuis dix ans, c'est ma première trépanation ; l'autre opéré depuis un an et demi seulement, mais plus intéressant encore peut-être, car son observation offre, à notre point de vue, toute la valeur d'une expérience. Il s'agit en effet d'une fillette chez qui, à la suite d'une fracture irradiée de la moitié gauche du crâne, par chute d'un premier étage, s'était développée, en même temps qu'une céphalhydrocèle, une hémiplégie droite ; la céphalhydrocèle fut ouverte, la déchirure durale suturée ; à la suite de cette intervention apparurent, alors qu'il n'y en avait pas eu jusque-là, des crises d'épilepsie généralisée. Un an après, nouvelle intervention : résection du crâne, qui s'était reproduit sur toute l'étendue enlevée ; ouverture d'une cavité parencéphalique remplie d'adhérences dont la rupture conduisit jusqu'au ventricule latéral dilaté et rempli de liquide céphalo-rachidien. Les rebords de l'incision de la dure-mère furent abrasés assurant ainsi la permanence de l'ouverture ventriculaire, sous le péricrâne rabattu et suturé. Depuis, c'est-à-dire depuis un an et demi, il n'y a plus eu de crises. Il serait, je crois, difficile d'imaginer un fait plus probant.

2° Deux épilepsies essentielles avec crises unilatérales ; dure-mère deux fois conservée ; deux fois ossification ; deux fois récidive.

3° Quatre tumeurs inenlevables de l'encéphale, pour lesquelles l'intervention ne pouvait être que palliative et qui ont survécu assez longtemps pour permettre à l'ossification de se produire. Dure-mère trois fois conservée, trois fois ossification avec récidive rapide des douleurs et des crises. Une fois, dure-mère réséquée avec amélioration persistante, durant encore aujourd'hui.

En présence de ces faits, une conclusion s'impose et s'imposerait davantage encore si, à mes 15 observations, j'ajoutais les 29 prises par le Dr Berezowski à la clinique du professeur Kocher : c'est que l'énorme majorité des interventions crâniennes, interventions pour traumatismes récents, interventions pour traumatismes anciens, sans et surtout avec épilepsie jacksonienne, interventions pour épilepsie essentielle, interventions pour microcéphalie, interventions pour néoplasmes intracraniens inenlevables, doivent, pour donner un résultat durable, comprendre :

1° Une ablation définitive de l'os. Les craniectomies temporaires ont fait leur temps ou en tout cas ne doivent conserver que des indications extrêmement restreintes.

2° Une ablation définitive de la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux, nécessaire pour assurer la permanence de cet orifice. Il n'est, du reste, pas indispensable, pour réussir, d'enlever la totalité de la dure-mère, correspondante. Il suffit de créer une perte de substance durale en forme de fossé cutané avec des ponts correspondants aux vaisseaux méningés, fossé dont on assurera la persistance, soit par l'ablation de languettes durales, soit par leur rabattement sur les bords de l'orifice osseux et leur suture au périoste, ce qui empêchera d'autre part l'épanchement du sang diploïque à la surface de l'encéphale. J'ai, avec le Dr Berezowski, mis plusieurs fois cette technique à exécution et je me suis assuré qu'outre son innocuité et son élégance, elle répondait parfaitement au problème opératoire posé par l'ossification durale, dont la démonstration me paraît devoir prendre, en chirurgie cranio-encéphalique, une place tout à fait importante.

A 4 heures et demie la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 avril 1899. — *Présidence de* M. Raymond.

Exagération des réflexes, clonus du pied et de la main sans contracture, dans un cas d'hémiplégie organique. — M. Louis Rénon rapporte l'observation d'un homme atteint d'endartérite syphilitique de l'artère sylvienne gauche, et qui a présenté un fait bien anormal, en contradiction avec le signe de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde comme symptômes précurseurs de la contracture. On a remarqué chez ce malade une hémiplégie gauche, sans contracture, bien qu'il ait présenté, dès le sixième jour, de l'exagération du réflexe rotulien et du réflexe tendineux du poignet et, dès le quatorzième jour, de la trépidation épileptoïde avec clonus du pied et de la main. Le phénomène était si marqué le quarante-septième jour, que le moindre contact, le moindre frôlement du pied et de la main produisaient un véritable tremblement passager.

L'auteur avait prédit la contracture précoce du côté hémiplégié ; cette contracture n'est pas apparue pendant cinq mois et, maintenant que le malade a récupéré ses

mouvements, que l'exagération des réflexes a notablement diminué et que la trépidation épileptoïde a disparu, elle ne paraît guère probable.

Méningite cérébro-spinale à streptocoques. — M. Rendu relate un cas de méningite cérébro-spinale, concernant un jeune homme de dix-sept ans, et intéressant en ce sens qu'on trouva non pas le méningocoque, mais le streptocoque.

M. Netter rappelle qu'il a vu plusieurs faits semblables et ajoute que les bains froids sont très mal supportés dans les méningites cérébro-spinales, alors que les bains chauds, très chauds, sont fort bien tolérés. Ils apportent un soulagement considérable et M. Netter leur attribue même les quelques guérisons qu'il a obtenues. Ils agissent surtout sur le symptôme douleur notamment quand il se manifeste par de la rachialgie.

Exploration du rein par la glycosurie phloridzique. MM. Achard et Delamare rappellent que la phloridzine possède la propriété de provoquer la glycosurie en exerçant sur le rein une action spéciale dont l'existence est démontrée par les recherches physiologiques, mais dont le mécanisme n'est pas encore parfaitement connu.

De même que le bleu de méthylène, la phloridzine paraît apte à révéler les troubles fonctionnels du rein sans lésion caractérisée et d'une durée passagère. Comme elle aussi elle peut indiquer un vice des fonctions rénales chez des sujets qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'albumine.

Pour faire cette épreuve de la phloridzine, on injecte sous la peau 5 milligrammes de phloridzine et on recueille l'urine au bout d'une demi-heure, d'une heure, puis d'heure en heure, et on y cherche le sucre.

Chez les sujets sains ou n'ayant pas de signe de lésions rénales, la glycosurie s'est montrée dans le délai d'une demi heure à une heure, durant de deux à quatre heures, atteignant le chiffre de 1 à 2 grammes de sucre en moyenne Mais comme il ne faut pas attribuer aux résultats du dosage une précision trop rigoureuse, on peut admettre que la limite inférieure de la glycosurie régulière est comprise entre 0 gr. 50 et un gramme et sa limite supérieure entre 2 grammes et 2 gr. 50. Sur 55 sujets de cette catégorie, les auteurs ont eu 8 autopsies confirmatives : les reins étaient sains (3 fois) ou présentaient des lésions très limitées (tubercules), laissant intacte la presque totalité du parenchyme ou étaient le siège d'une lésion terminale et récente (dégénérescence graisseuse), n'ayant pu influencer l'épreuve de la phloridzine qui avait été pratiquée longtemps auparavant.

Dans un autre groupe de faits, la glycoscurie a fait défaut ou a été légère. Sur 13 autopsies, 10 fois des lésions profondes des reins ont été trouvées. 2 fois les reins n'étaient pas altérés, et il est vraisemblable qu'il s'agissait seulement de troubles fonctionnels 32 malades avaient des signes de lésions rénales et notamment de l'albuminurie ; 4 n'avaient point d'albumine. Le plus souvent l'apparition du sucre était retardée dans les cas de cette catégorie.

Chez quinze malades, la glycosurie, au lieu d'être diminuée comme durée et comme quantité, se prolongeait plusieurs heures, tantôt sans que la quantité totale du sucre dépassât la normale, tantôt avec une exagération de cette quantité. Dans un de ces cas de glycosurie prolongée, suivi d'autopsie, le rein présentait un peu de dégénéresence graisseuse.

Enfin 5 fois la glycosurie a été exagérée comme quantité (jusqu'à plus de 6 grammes), sans que sa durée fût supérieure à l'état normal.

Dans la grande majorité de ces cas de glycosurie irrégulière, il y avait lieu d'admettre ou de soupçonner l'existence de troubles des fonctions rénales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 avril 1899. — Présidence de M. Jullien.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Martha remerciant la Société du témoignage de sympathie qu'elle lui a adressé relativement au malheur qui vient de le frapper ; 2° Lettre de M. Dhomont, secrétaire annuel, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et y remplir ses fonctions ; 3° Lettre de M. Hameau, membre correspondant, remerciant la Société pour les fonds qui ont votés relativement à l'érection de la statue de son père ; 4e Lettre de M. Serigiers soumettant à l'examen de la Société un appareil qu'il appelle bouchon « Auto-Mesure » destiné à éviter « le surdosage dans l'absorption des médicaments » ; 5° Lettre de M. Manuel Ramirez, de Bucaramanga (Colombie), désirant avoir l'opinion de la Société sur la valeur thérapeutique d'une racine poussant dans certaines régions sauvages de son pays. En Colombie, elle est employée avec succès, sous forme de collyre, contre les inflammations oculaires.

M. le président propose de faire remettre le produit en question à M. Vigier, qui voudra bien l'examiner et nous éclairer à ce sujet. Cette proposition est adoptée.

M. Guépin lit une communication intitulée : **La dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie** (*Sera publiée*).

M. Jullien fait remarquer à M. Guépin que la question est actuellement étudiée à Lyon. M. Poncet pose la dilatation de l'anus comme moyen de faire cesser la contracture douloureuse du sphincter vésical. M. Jullien serait désireux de savoir comment M. Guépin pratique cette dilatation et s'il a observé des accidents pendant l'anesthésie.

M. Guépin répond qu'il ne connaît pas encore les travaux de M. Poncet sur ce sujet, mais il rappelle que Maisonneuve et Reliquet ont pratiqué la dilatation anale dans le même but. La technique opératoire de M. Guépin est la suivante : il introduit successivement dans l'anus tous les doigts de la main. Il n'a pas observé d'accidents pendant l'anesthésie, mais l'orateur est d'avis qu'il faut attendre que celle-ci soit complète avant de commencer le manuel opératoire.

M. Jullien demande si le sphincter anal ne subit pas de relâchement par la suite.

M. Guépin n'a jamais observé de relâchement durable ; parfois la tonicité du muscle annulaire s'est trouvée amoindrie pendant les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'opération, mais tout a fini par rentrer dans l'ordre.

M. Coudray, au contraire, a constaté du spasme, surtout chez les femmes.

M. Guépin dit qu'il faut distinguer les différents sphincters, selon que le malade est plus ou moins fortement musclé.

M. Jullien a été témoin d'un accident, pendant l'anesthésie, dans le cours d'une opération de ce genre. Il s'agissait d'une femme nerveuse qui eut un arrêt de la respiration assez grave pour que les assistants aient pu la croire morte pendant quelques minutes. Elle ne sortit que difficilement de cet état de mort apparente.

M. Coudray dit qu'il faut endormir les malades à fond, si l'on veut éviter ces accidents.

Cet avis est partagé par tous les interlocuteurs.

M. Jullien lit une note sur trois cas d'ulcérations phagédéniques. (Voir ci-dessus, page 225).

M. Tissier a eu l'occasion de continuer le traitement d'un soldat atteint d'un chancre phagédénique énorme étendu à toute la verge. On avait institué le traitement général antisyphilitique, mais aucune amélioration ne s'était produite, au contraire. Ce malade était un paludéen, et M. Tissier croit que l'alcoolisme pouvait être également mis en cause. En présence du peu de succès de la médication, d'autant mieux qu'aucun symptôme autre que l'accident local n'autorisait le diagnostic « syphilis » M. Tissier fit cesser le traitement mercuriel et se borna à des applications locales de tartrate ferrico-potassique. La guérison fut obtenue en deux mois, mais avec une cicatrice énorme. Notre collègue est d'avis que, dans ce cas, le virus chancrelleux pouvait seul être incriminé, les toniques et le traitement local ayant eu raison du phagédénisme dès le moment où l'on cessa l'usage des mercuriaux, qui n'exerçaient sur ce malade, non syphilitique, que leur action débilitante. D'une façon générale, M. Tissier n'a guère observé le phagédénisme qu'à la suite des chancres mous, ce qui, d'ailleurs, est conforme à l'observation journalière.

M. Stassano, se basant sur la fièvre et la douleur des adénites épitrochléennes du premier malade cité par M. Jullien, estime qu'il s'agissait d'une affection secondaire et que, par conséquent, le diagnostic « syphilis » est indiscutable.

M. Jullien partage cet avis.

M. Buret demande à M. Jullien si le premier chancre, qui a précédé le second d'un an, a été suivi d'accidents secondaires.

M. Jullien répond qu'il a observé une roséole discrète.

M. Buret, estimant que le diagnostic « syphilis » pouvait être posé à cette époque, demande si les ganglions inguinaux, qui ont accompagné le second chancre, étaient douloureux ou se sont ulcérés.

M. Jullien. Les ganglions inguinaux ne se sont pas ulcérés ; je ne me souviens même pas qu'ils aient été douloureux.

M. Buret. Ceci est en faveur de la syphilis et, sans discuter sur la réinfection possible, nous pouvons établir que l'élément chancrelleux doit être écarté. Rien n'autorise même à admettre, pour ce phagédénisme, la possibilité d'un chancre mixte, puisque M. Jullien n'a observé aucun symptôme local qui puisse justifier cette hypothèse. Force nous est donc, puisque le malade, de conduite régulière, ne pouvait être soupçonné d'alcoolisme ou d'autres excès, de voir là une question de terrain, merveilleusement préparé par la malaria. Quant au deuxième malade, il ne faut pas oublier que l'hypertrophie de la rate est aussi bien un symptôme de syphilis constitutionnelle que de paludisme.

M. Jullien, tout en reconnaissant que la syphilis peut produire à elle seule l'hypertrophie de la rate, déclare que jamais il n'a vu une rate aussi grosse. Il est donc fort enclin à penser que le paludisme était la cause principale, sinon la seule, de cette hypertrophie.

La séance est levée à 5 heures 45.

Le sécretaire général,
F. Buret.

DIXIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Marseille du 4 au 8 avril 1899.

Le congrès s'est ouvert sous la présidence de M. le Dr Doutrebente, de Blois. Après des discours du Dr Flaissières, maire de Marseille, du président et du Dr Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance, le Congrès a immédiatement abordé la première question à l'ordre du jour.

Délires systématisés secondaires. — M. Anglade, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Toulouse, *rapporteur*, fait l'historique de la question en Allemagne, en Italie, en Russie, en Angleterre, en Amérique et en Portugal. Mais c'est dans la psychiâtrie française qu'il faut rechercher les premières notions sur les délires systématisés secondaires. Esquirol distrait du cadre de la lypémanie et de la manie les monomanies, faisant ainsi faire son premier pas à la doctrine des délires systématisés primitifs; s'il n'affirme pas qu'une monomanie peut succéder à la lypémanie, il cite des observations favorables à cette manière de voir. Avec Morel, il n'est pas question des délires systématisés secondaires; cependant, en Allemagne, Griesinger venait d'exprimer son opinion sur la nature toujours secondaire des délires systématisés. L'on va arriver à la période où, Lasègue ayant décrit son délire des persécutions, il ne sera plus question des délires secondaires. Mais l'apparition de ces idées ne constitue point une phase évolutive; Legrand du Saulle ne mentionne la dépression mentale qui peut précéder les délires systématisés que pour affirmer qu'elle est toujours la première phase de la maladie. Il faut arriver jusqu'à Cotard pour reprendre l'histoire des délires systématisés secondaires. Cotard a même créé ce chapitre de leur hisjoire. Il ressort des discussions de la Société médico-psychologique qu'il y a des formes de transition entre la mélancolie et le délire systématisé primitif, mais la discussion des délires systématisés secondaires n'y a point été soulevée (1886-88). Cependant des faits y furent rapportés par Dagonet, Camuset, J. Falret qui ne furent pas inscrits dans cette catégorie de psychoses. Cette Société s'occupe encore des rapports des délires systématisés avec les psycho-névroses, particulièrement avec la mélancolie : les leçons cliniques de Séglas en font souvent mention. De nouveau en 1896 la Société médico-psychologique s'occupe de classer à nouveau les délires systématisés de persécution, mais la doctrine elle-même des délires systématisés secondaires n'est à aucun moment envisagée. Puis peu à peu, Vallon et Marie, dans un mémoire consacré au délire mélancolique, reprennent la question des délires mélancoliques secondaires systématisés, dont la première notion est

due à Cottard, puisque le délire de négation est un type de délire systématisé secondaire.

Dans son second chapitre, M. Anglade montre ce qui se dégage de l'histoire des délires systématisés secondaires ; il montre que, le dogme de Griesinger, « les délires systématisés sont toujours secondaires aux psycho-névroses », stérilise en Allemagne la pensée d'Esquirol qui eut la première notion précise des délires systématisés. Il en résulta une réaction violente à la suite de Snell, Sanoler et Griesinger lui-même et une tentative de réhabilitation avec Mendel, Nasse et Brassert ; cette réhabilitation s'opéra en Italie avec Tonini. L'indifférence des aliénistes français ne cessa qu'avec la conception du délire des négations de Cotard, celle du délire mélancolique de Séglas. Enfin l'auteur donne une division des délires systématisés secondaires qu'il classe ainsi.

1° Délires systématisés secondaires à la manie.

2° Délires systématisés secondaires à la mélancolie.

3° Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.

4° Délires systématisés secondaires aux névroses, aux intoxications.

Dans le troisième chapitre, l'auteur étudie les délires systématisés secondaires à la manie : contrairement à l'opinion de Tonini, ils sont plus rares que les délires systématisés post-mélancoliques, ils se développent sur un état de chronicité spécial qui n'est plus de la manie et n'est pas encore de la démence. Il cite l'observation d'un prêtre devenu mégalomane après un accès de manie, dont le délire reflète des idées obsédantes avant l'accès psychonévrotique et dont l'état mental est absolument stationnaire depuis quatorze ans ; une seconde observation d'un maniaque qui systématise un délire après deux accès de manie; ce délire est l'explication de sensations pénibles éprouvées pendant le premier accès et qui persistent encore. Suivent deux observations analogues de Tonini et Nasse. En somme, le délire est un composé d'idées délirantes fixes qui se systématisent isolément et ne s'associent pas entre elles, se contredisent même. Les idées délirantes reflètent les idées obsédantes du malade, antérieures à la psychonévrose, interprètent des sensations disparues ou qui persistent, il y a de la contradiction des idées et des actes, de l'intégrité de la mémoire et partant point de démence, de l'affaiblissement de la faculté de critique, d'association, de l'absence de sens social et moral, de sentiments affectifs, mais en somme les états mentaux sont susceptibles de demeurer longtemps stationnaires.

Dans un quatrième chapitre, l'auteur étudie les délires systématisés secondaires à la mélancolie, qui sont, de tous les délires systématisés secondaires, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie sous toutes ses formes et à ses diverses périodes se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite, que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa présente des difficultés. En ne tenant compte que des délires qui apparaissent secondairement à l'accès psychonévrotique on peut les diviser en trois groupes.

A. — Les délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation.

Ce sont les formes les plus simples et les moins graves, formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables.

B. — Les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives.

Ces délires dont l'existence ne saurait être mise en doute offrent un grand intérêt clinique : ils tendent à rentrer dans dans le cadre de la paranoïa. En fait, ce sont des délires mixtes résultant de l'association chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique.

La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégérescence acquise qui exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délire systématisés secondaires post-mélancoliques.

C. — Un troisième groupe comprend les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent après plusieurs accès de mélancolie chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles correspondent à des altérations du système nerveux périphérique et central, qui sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. En sorte que la psychonévrose pourrait être la cause et le résultat des lésions nerveuses.

Le cinquième chapitre nous montre les délires systématisés secondaires à la folie à double forme, car les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. On y a observé des délires de négation. L'auteur a rapporté une observation où le malade, après quelques accès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé, et le délire empruntait ses caractères aux formes post-mélancoliques.

Le sixième et dernier chapitre étudie les délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications. Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensasations chez un sujet prédisposé peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué. Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent. Les intoxications, l'alcoolisme par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais, ici encore, le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirante sont fournies par l'appoint paranoïen.

M. Vallon. L'école française admet des délires systématisés qui ne se produiraient que sur des terrains primitivement normaux. M. Cotard n'a pas voulu faire du délire des négations une entité morbide; il faut distinguer deux choses dans le délire systématisé : la systématisation et l'évolution, les mélancoliques arrivent au délire systématisé par progression et, comme l'a dit Cotard, il n'y a pas un

délire chronique, mais des délires chroniques; entre l'individu normal et l'idiot, il y a une série de transitions.

M. Régis considère les délirants systématisés primitifs comme de vieux maniaques pouvant verser plus tard dans la mégalomanie, et bien que M. Anglade prétende que l'école française les laisse de côté, il lit un passage de l'un de ses ouvrages où il les décrit à la suite de la manie. L'orateur établit encore une distinction entre les délires systématisés et la paranoïa. Quant à la paranoïa, il la considère bien plutôt comme une théorie hypothétique que comme une réalité. Le rapporteur aurait pu distinguer les délires systématisés secondaires en précoces et en tardifs : ils ont chacun des caractères différents. Les délires systématisés, mélancoliques, tardifs, sont plus fréquents dans la manie. Il a observé des dégénérés qui présentaient du délire des persécutions, mais n'a vu qu'un seul malade qui soit devenu un véritable paranoïen tel que l'entend M. Anglade. Il est resté le type du délirant secondaire mélancolique, car les vieux vésaniques ne sauraient être considérés comme des déments. A propos du délire des négations, M Régis tient à ajouter qu'il peut être primitif chez certains malades, il peut être le résultat d'une auto-intoxication si, comme l'a remarqué M. Anglade, l'organisme est malade; que devient alors la théorie de la constitution paranoïenne? M. Régis expose quelques considérations sur le délire systématisé secondaire à la confusion mentale et nie la constitution paranoïenne.

Psychoses polynévritiques.— M Gilbert Ballet. Charcot a signalé le premier les troubles amnésiques dans la polynévrite alcoolique ; mais c'est à Korsakoff que revient le mérite d'avoir réellement décrit les psychoses polynévritiques le premier en 1889.

On doit entendre sous ce nom de psychose polynévritique des syndromes mentaux, associés d'*habitude* à la polynévrite et reconnaissant la même cause *toxi-infectieuse*. Je dis : syndrômes mentaux, car il y a une grande multiplicité de formes dans les troubles mentaux observés.

De même, j'insiste sur les mots « associés d'habitude », car cette association n'est pas fatale ; on peut trouver des polynévrites sans troubles mentaux et, d'autre part, les mêmes troubles mentaux avec peu ou prou de polynévrite. Polynévrite et syndromes mentaux sont en effet, les manifestations extérieures de deux lésions juxtaposées, mais relevant d'une même cause toxi-infectieuse.

Les formes cliniques de la psychose polynévritique sont très nombreuses, cependant on peut les diviser en trois groupes principaux :

a) La *forme délirante* constituée par un délire qui a tous les caractères du délire onirique de M. Régis; le malade a du subdélire le soir, des rêvasseries pendant la nuit, persistant parfois le jour.

b) La *forme de confusion mentale*, prolongée longtemps, ou toujours quand elle aboutit à la démence.

c) *Forme amnésique*. L'amnésie est pure; le malade cause très bien des choses présentes, mais si on l'éloigne du moment, il a perdu tout souvenir même des choses de la veille. Ces troubles guérissent quelquefois, mais ils sont souvent définitifs.

Au point de vue pathogénique, la psychose polynévritique est évidemment d'origine toxi-infectieuse, exotoxique ou endotoxique. S'agit-il des troubles mentaux survenant dans le décours de la fièvre typhoïde ou dans l'alcoolisme, ils sont le résultat des troubles apportés par le poison dans le fonctionnement des cellules cérébrales.

Il y a des faits nombreux, où les troubles mentaux persistent alors que, depuis longtemps l'organisme s'est débarrassé des toxines ou du poison. Pour expliquer ces cas on était fatalement amené à supposer l'existence de lésions matérielles de la cellule par les toxines.

Jusqu'en 1896 on ne signalait que l'œdème de la pie-mère, la congestion des méninges, la surcharge pigmentaire des cellules. Depuis, les hasards de la clinique m'ont permis de faire l'examen histologique du cerveau de plusieurs malades. Prenons comme type une alcoolique atteinte de psychose polynévritique à forme de confusion mentale, morte, dans mon service, de tuberculose pulmonaire. En dehors des lésions propres à cette affection et à la cirrhose hépatique, en dehors de la dégénérescence wallérienne des nerfs, nous avons trouvé, dans la moelle et dans le cerveau, des lésions sur lequelles nous allons revenir après avoir rappelé les expériences qui peuvent en faire comprendre l'importance.

On sait que Nissl, après avoir coupé chez un cobaye un nerf périphérique, a constaté que dans la moelle, quelque temps après, la cellule originelle s'altère; elle perd sa forme triangulaire, son protoplasma disparaît, elle devient floue, son noyau est projeté à la périphérie. Ces résultats ont été confirmés par les expériences de Marinesco et par celles que j'ai faites avec M. Dutil. La polynévrite reproduit ce que nous avons fait expérimentalement, elle détruit le tube nerveux, et produit sur les cellules de la moelle le même effet que la section effectuée dans nos expériences.

Chez notre malade nous avons trouvé dans la moelle les lésions décrites par Nissl. Mais ces mêmes lésions cellulaires nous les avons retrouvées dans la région du lobule paracentral. Les grandes cellules avaient perdu leur forme triangulaire; il y avait de la chromatolyse péri-nucléaire ou totale et le noyau était projeté à la périphérie. J'ai pu faire la même constatation dans deux autres cas, dont un inédit, recueilli par M. Faure dans le service de M. le prof. Landouzy.

Comment doit-on interpréter ces lésions? Résultent-elles de l'action directe de la toxine sur la cellule ou sont-elles secondaires à la lésion de la fibre nerveuse? Peut-on résoudre le problème à l'examen de la lésion cellulaire? Non, car quoi qu'on ait pensé, il n'y a pas de différences radicales et spécifiques entre les lésions primitives et secondaires de la cellule. Les recherches expérimentales que nous avons faites chez le chien, M. Maurice Faure et moi, les observations anatomo-pathologiques de M. Marinesco rendent plus probable que c'est secondairement que la cellule nerveuse s'altère.

Quelle que soit l'interprétation il n'en est pas moins acquis qu'il y a des lésions. Existent-elles toujours? dans tous les cas? c'est-à-dire conditionnent-elles le trouble psychique? Il est vraisembrable qu'elles conditionnent l'amnésie, mais elles ne sont pas l'intermédiaire obligé entre la toxémie et les formes délirantes. Dans un cas non encore publié, et où la mort s'est produite par anévrysme du cœur une semaine après le début de la psychose, nous n'avons pas trouvé de lésions corticales. La chose est facile à expliquer : la cellule crie dès que sa nutrition est trou-

blée par la toxine, tandis qu'il faut un certain laps de temps pour qu'une lésion s'établisse.

En résumé, quand on fait la revue des cas de cérébropathies psychiques survenues sous l'influence d'une toxémie et présentant la physionomie assignée à la psychose polynévritique, on trouve : des psychoses : *a*) avec beaucoup de polynévrite, *b*) avec peu, *c*) avec pas de polynévrite.

Par suite, l'expression de *psychose polynévritique* est mauvaise ; du reste Korsakoff ne l'a proposée qu'en second lieu ; il préférait *cérébropathie psychique toxémique*. Cette cérébropathie devient souvent une *neuro-cérébrite toxique* (Pierret).

Les lésions que je vous ai décrites me semblent avoir une réelle importance, car si elles étaient vérifiées, elles confirmeraient qu'il y a lieu de diviser les maladies mentales en deux grands groupes, les premières accidentelles, parmi lesquelles je n'hésite pas à ranger la paralysie générale avec les toxémies ; les secondes, psychoses constitutionnelles, tenant à un défaut d'organisation congénitale de la cellule nerveuse qui nous échappe encore.

M. Vallon rapproche de la forme délirante décrite par M. G. Ballet dans la psychose polynévritique certains cas d'alcoolisme aigu. D'ailleurs l'alcoolisme est aussi une intoxication. Baillarger comparaît ces cas à une pièce d'eau gelée qui se désagrège sous l'action du soleil, et où quelques îlots de glace seuls surnagent. Cette comparaison fait bien comprendre ce qui se passe après ces accès d'alcoolisme subaigu, où le délire se désagrège peu à peu, laissant subsister pendant un certain temps quelques reliquats.

M. Régis. M. Lefour m'ayant demandé de faire à ses élèves une conférence sur la psychose post-éclamptique, j'ai fait dans son service une enquête qui m'a permis de constater que cette psychose peut se montrer indépendamment des attaques d'éclampsie. En effet il s'agit là d'une psychose toxique ou infectieuse. Cette origine, qui est aussi celle de la psychose polynévritique, indique qu'on retrouve la même symptomatologie dans les deux affections.

M. Laroussinie cite un cas de psychose polynévritique post-influenzique à forme de confusion mentale, où la mort a eu lieu par syncope et semble due à l'extension des lésions au noyau d'origine du pneumo-gastrique.

M. Mabille communique deux observations de folie polynévritique où l'amnésie a dominé la scène pathologique ; dans l'un des cas il s'agissait d'une femme qui, dans sa cave, buvait à même le robinet des barriques jusqu'à ce qu'ivresse s'ensuivit.

Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient. — M. Paul Farez. Une dame, âgée de 55 ans, mariée, mère de famille et manifestement hystérique, se plaint de palpitations et d'angoisse précordiale. Elle se croit atteinte de cardiopathie ; en réalité, il s'agit de topoalgies qui cèdent facilement à la suggestion. Mais ces topoalgies récidivent avec ténacité. C'est qu'elles sont sous la dépendance d'un rêve terrifiant, toujours le même, oublié au réveil, mais persistant à l'état subconscient et susceptible d'être retrouvé pendant le sommeil hypnotique. Grâce à la suggestion, ce rêve est inhibé, le sommeil naturel devient exempt de cauchemars et la santé générale se rétablit. Mais, quelques mois après, de violentes émotions surviennent, la vie de famille est désorganisée et cette même dame souffre d'une crise angineuse très intense.

Il s'agit d'une fausse angine de poitrine pour la triple raison suivante : 1° symptomatologie spéciale, 2° terrain hystérique, 3° absence de toute lésion cardiaque. Or, cet accès angineux a été la copie fidèle et la reproduction exacte d'un rêve survenu pendant la nuit qui a précédé la crise, mais oublié, lui aussi, pendant la veille normale et resté à l'état subconscient ; une circonstance de peu d'importance a suffi pour donner le branle et lâcher la bride à tout le complexus d'associations qui s'était peu de temps auparavant systématisé sous la forme onirique.

Ainsi, en présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte par une origine psychique consciente ou subconsciente, comme par exemple un rêve. Le syndrome angineux n'a qu'une valeur séméiologique ; le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique mais étiologique ; il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque, il faut encore et surtout le prémunir contre la réapparition de la cause, souvent morale, qui a engendré ce syndrôme.

Enfin, l'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause soupçonnée ; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour ; il rétablit le calme dans ces organismes troublés ; il est capable de réaliser à lui seul cette thérapeutique morale, dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ces cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Des lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire. — M. A. Rispal (de Toulouse) a pratiqué l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme.

Le résultat de cet examen lui permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

Syndrome de Little d'origine obstétricale ; amyotrophie tardive à type hémiplégique. — M. Boinet a observé chez un petit garçon de trois ans un syndrome de Little, d'origine nettement obstétricale, qu'il range dans la forme cérébro-spinale décrite par Little.

Pour éviter les confusions, M. Boinet croit qu'il conviendrait de réserver le nom de maladie de Little aux états paréto-spasmodiques survenant chez des enfants nés avant terme et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France.

L'Association a tenu, dimanche et lundi derniers, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sa 40e assemblée générale, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue.

L'Association avait à discuter cette année une très grave question. La loi du 1er avril 1898 prétend régler la condition des sociétés de secours mutuels et oblige notre Association à certaines transformations. Le *statu quo* est impossible, il faut soit répudier le titre de société de secours mutuels et devenir une association complètement indépendante, soit

rester société de secours mutuels et se placer dans l'une des trois catégories suivantes : 1° société libre ; 2° société approuvée ; 3° société reconnue d'utilité publique.

Dans la première hypothèse, l'Association garde une pleine et entière liberté sur ses destinées à venir. Mais on n'est pas certain de voir accepter, par le gouvernement, que l'Association répudie son titre de Société de secours mutuels. Dans ce cas, il est à craindre que l'Etat ne considère que l'Association cesse d'exister pour renaître sous une forme nouvelle. Or, au point de vue légal, si l'Association cesse d'exister, il faut procéder à sa liquidation et les deux millions qu'elle a déposés dans les caisses de l'Etat sont compromis en grande partie. Elle risque d'y perdre un quart de son avoir et peut-être plus. L'Etat, en effet, a le droit de reprendre toutes les subventions qu'il lui a allouées et de retirer toutes les bonifications d'intérêts qu'il lui a consenties. D'autre part, cette liquidation sera de très longue durée ; elle ne pourrait cesser qu'à la mort du dernier des pensionnés actuels. Enfin, elle entraînerait des frais considérables, sans parler de toutes sortes de complications administratives.

Si l'Association se décide pour la forme de société de secours mutuels libre, elle peut régler à sa convenance le chiffre des retraites, mais les dons et legs faits aux sociétés locales devront être approuvés par les préfets, ce qui peut être la source de bien des tiraillements et de bien des complications.

Si l'Association devient une société de secours mutuels approuvée, l'argent déposé par elle dans les caisses publiques rapporte un intérêt de 4 1/2 p. 100; elle peut, en outre, recevoir des subventions de l'Etat, mais elle ne peut donner à ses membres des pensions dépassant 360 francs.

L'Association étant reconnue d'utilité publique jouirait d'autres avantages compensés par une diminution de son indépendance.

On comprend que l'accord n'ait pu se faire d'emblée sur un point aussi important. L'Association a cependant décidé qu'elle resterait société de secours mutuels pouvant donner des pensions de 800 francs et créer de nouvelles caisses. Quant à la forme qu'elle devra prendre, libre ou approuvée, elle a reculé au 25 juin prochain la solution de cette question. A cette date aura lieu une assemblée générale extraordinaire. Le bureau du Conseil général cherchera d'ici là à s'entourer de toutes les lumières possibles et le 25 mai il adressera à toutes les sociétés locales un rapport sur lequel ces sociétés auront un mois pour formuler un avis.

Au cours des deux séances ont eu lieu :

1° L'exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. *Blache*, trésorier général.

2° Le rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. *Motet*, membre du Conseil général.

3° Le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1898, par M. *Lereboullet*, secrétaire général.

4° L'élection pour le renouvellement partiel du Conseil général, de MM. *Delvaille*, *Douvre*, *Hérard*, *Millard*, *Passant* et de *Ranse*, membres sortants, arrivés au terme de leur exercice, mais rééligibles; de MM. *Foucault*, président de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins et M. *Créquy*, médecin en chef du chemin de fer de l'Est, en remplacement de MM Hugot et Worms, décédés.

5° L'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1900.

6° L'approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale.

7° Le rapport de M. Richelot sur les pensions viagères (onze pensions de 800 francs ont été votées).

8° Le rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés locales à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1900, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale et renvoyés à l'examen des Sociétés locales.

Ont été pris en considération, mais en réservant les solutions à intervenir, en raison de la transformation à subir par l'Association, les vœux suivants :

1° Vœu de la Société de l'Eure demandant que l'Association mette à l'étude le projet d'une caisse de retraites pour les médecins.

2 Vœu semblable de la Société d'Indre-et-Loire.

3° Vœu de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins, demandant que « l'Association profite, si possible, des transformations qui doivent résulter de la promulgation de la nouvelle loi sur les sociétés de secours mutuels pour arriver à constituer des pensions de droit et non plus d'assistance. »

4° Vœu de la Société de Tarn-et-Garonne qui désire voir « centraliser entre les mains de l'Association générale toutes les Caisses locales, impuissantes par elles-mêmes, dit-elle, à réaliser une œuvre quelconque. »

5° Vœu émis par la Société de Melun, Fontainebleau et Provins et par la Société d'Indre-et-Loire concernant la réforme de l'Annuaire.

Ont été adoptés ferme les vœux suivants :

1° Vœux de la Société de Melun, Fontainebleau et Provins demandant que « les étudiants en médecine soient appelés à accomplir leurs obligations militaires dans les services hospitaliers auxquels leurs études les destinent et que, du reste, la mobilisation leur réserverait. »

2° Vœu de la Société de l'Allier « préoccupée, dit-elle, des difficultés matérielles sans cesse croissantes de la profession médicale, qui augmentent chaque année les secours à distribuer et les charges de l'Association, et craignant d'autre part que la lutte de plus en plus dure que doit soutenir le médecin pour assurer son existence, ne fasse baisser le niveau de la moralité et de l'honorabilité professionnelles, émet le vœu :

« 1° Que l'accès des Facultés et le début des études médicales ne soient accordés qu'aux élèves justifiant de connaissances réellement suffisantes ;

2° Qu'en cours d'études, tous les examens soient la consécration effective d'études vraiment sérieuses ;

3° Que le corps des examinateurs soit distinct du corps enseignant, les juges d'examen pouvant se transporter dans diverses Facultés ».

« Quelques complexes — dit le rapporteur — que soient les questions soulevées par ce vœu, elles sont d'un intérêt tellement majeur pour la profession médicale et, bien que, traitées déjà maintes fois, elles doivent sans doute longtemps encore demeurer en suspens, il n'en est pas moins important de recueillir sur elles l'avis des diverses Sociétés qui peuvent apprécier les conséquences professionnelles du mode actuel de l'enseignement de la médecine. Pris en

considération, ce vœu permettra ultérieurement à l'Association de présenter aux pouvoirs publics l'exposé autorisé des desiderata du corps médical sur la question qu'il soulève ».

MEMENTO PRATIQUE

Emploi des pâtes soufrées contre l'acné juvénile.

Les préparations soufrées employées habituellement contre l'acné sont des lotions additionnées de glycérine ou des pommades, contenant les unes et les autres une quantité relativement faible de soufre. Or, d'après M. le Dr Veiel (de Cannstatt), il serait préférable de se servir à cet effet d'une pâte riche en soufre et ne renfermant pas de glycérine, que notre confrère formule ainsi :

Soufre sublimé Alcool Eau	ââ 20 gr.
Mucilage de gomme arabique	6 —

Mêlez. — Usage externe.

Ce mélange est appliqué matin et soir sur les parties atteintes. S'il produit une trop forte irritation, on le remplace par une pâte à l'acide borique dont la teneur en soufre varie, selon la sensibilité de la peau du patient, de 1 à 50 0/0.

Solution pour injection sous-cutanée pour arrêter l'hémoptysie (Capitan).

Ergotine	5 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01
Antipyrine	1 gr. 50
Sulfate de spartéine	0 gr 20
— d'atropine	0 gr. 002
Eau distillée	q. s. 10 c. c.

Doses : au besoin, une injection de demi-heure en demi-heure ou même de quart d'heure en quart d'heure, sans dépasser toutefois le maximum de 5 seringues.

Potion à prendre en même temps d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure par cuillerée à soupe, si le malade peut boire :

Ergotine Bonjean	2 gr.
Acide gallique	0 gr.
Sirop de térébentine	120 gr.

Solution pour tarir la sécrétion lactée.

Sulfate d'atropine	0 gr. 03
Sulfate de magnésie	90 gr.
Infusion de gentiane	240 gr.

Par cuillerée à bouche toutes les deux heures, jusqu'à 4 cuillerées par jour.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 7 avril 1899, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Agrégation des facultés de médecine. — Par arrêté ministériel, en date du 28 mars 1899, il est institué, au ministère de l'Instruction publique, une commission chargée d'étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, président ; Bouchard, Brouardel et Pitres, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier ; Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy ; Dubar, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille ; Bondet, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon ; Charpy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Distinctions universitaires. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Guiraud, chargé du cours à ladite Faculté ; Saint-Ange, professeur à ladite Faculté.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Aymard (P.), membre de la Société de spéléologie ; Buret, secrétaire général de la Société de médecine de Paris ; Héret, lauréat de l'Académie de médecine ; Marie, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse ; Tranier, adjoint au maire de Toulouse.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Le concours pour treize places de médecins des bureaux de bienfaisance, a commencé mardi dernier. 78 candidats sont inscrits. Les juges sont : MM. Deffaux, Chauveau, Vigouroux, Vildermann. Les questions ont été jusqu'ici : *vomissements incoercibles de la grossesse* ; *phlébites*.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 6 avril 1899, M. Guichard, médecin aide-major de première classe au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, a été désigné pour le 125e d'infanterie, à Poitiers.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un service de massothérapie va être créé à l'hôpital Saint-André.

Les candidats à l'emploi de directeur de ce service devront se faire inscrire au secrétariat de l'Aministration, 91, cours d'Albret, avant le 15 mai prochain.

Concours de chirurgien adjoint. — Composition du jury : MM. Courtin, Lefour, Demons, Boursier, Baudrimont, chirurgiens titulaires ; Moussous, Arnozan, médecins titulaires ; Hirigoyen, Pousson, Dubourg, chirurgiens suppléants ; Pitres, Davezac, médecins suppléants ; Gervais, Dudon, chirurgiens honoraires.

Concours pour une place d'accoucheur adjoint. — Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 4 juillet 1899, à 8 heures du matin.

Une affiche spéciale apposée à la Faculté donne les conditions de ce concours.

Radioscopie médicale. — Le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 16 avril, à dix heures du matin et continuera les dimanches suivants à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques :

A 10 heures. — Conférence de radiologie (Les rayons de Röntgen ; moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médicel.

A 10 h. 1/2. — Présentation et examen radioscopique des malades.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 22 avril 1899, à 10 h. 1/4 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hypnotisme. — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur des Asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le mardi, 18 avril, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme*.

Il le continuera les samedis et mardis suivants à cinq heures.

Journaux de médecine. — Le Dr Variot rédacteur en chef, le Dr Lazard, secrétaire de la rédaction, quittent l'un et l'autre le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, auquel ils étaient attachés depuis sa création il y a six ans. Le nouveau rédacteur en chef est le Dr Cart.

Le coup du médecin. — On sait qu'on appelle ainsi familièrement la gorgée de vin pur que l'on boit immédiatement après le potage.

Quelle est l'origine de cette locution?

Le Dr R. Millon croit l'avoir trouvée dans une coutume du Poitou. D'après lui, cela ne signifie pas boire un coup que le médecin recommande, mais bien au contraire, boire un coup pour se préserver du médecin.

Les paysans du Poitou, dit M. Millon, dans une lettre adressée à la *Chronique médicale*, avaient, dans le temps (1), l'habitude, quand ils faisaient bombance, de rincer leur assiette après la soupe avec un bon demi-verre de vin pur, de tourner plusieurs fois le liquide dans leur assiette et de le vider dans leur gosier. Absorber l'écuellée d'un coup, s'appelait « faire godaille » : d'où le mot *godailler*, faire la noce, bien boire, etc.

Or, en matière de jeu d'esprit, l'amateur ayant ainsi « liché » reposait son assiette, et d'un air satisfait, disait : « Voilà quarante sous de gagnés sur le médecin ».

D'où, par suite, le coup de la godaille est devenu le coup contre le médecin, le coup du médecin.

Cette explication en vaut bien une autre.

Emploi du mot Coricide; acquittement à Cognac désistement de M. Lebrun. — Nous avons publié dans ce Recueil un jugement par lequel le Tribunal de Toulouse acquittait plusieurs pharmaciens de cette ville poursuivis par M. Lebrun pour avoir vendu des flacons de topique contre les cors sous le nom de *Coricide*, et nous avons annoncé que ce jugement, rendu le 11 novembre 1898, avait été confirmé par la Cour de Toulouse le 5 janvier 1899.

M. Lebrun s'était pourvu en cassation contre l'arrêt de la Cour de Toulouse, mais il s'est désisté de ce pourvoi à la suite du jugement qui a été rendu, le 1er février 1899, par le Tribunal correctionnel de Cognac.

Devant ce Tribunal, les pharmaciens poursuivis par M. Lebrun sont parvenus à prouver que le mot *Coricide* avait été employé pour désigner un topique contre les cors, avant la date du dépôt de la marque de M. Lebrun; dans ces conditions, le mot en question ne pouvait plus être considéré comme susceptible de constituer une propriété privative au profit de M. Lebrun, et celui-ci n'avait plus alors aucun intérêt à entamer, devant la Cour de cassation, une lutte qui ne pouvait nullement lui profiter, même dans le cas où l'arrêt de la Cour de Toulouse eût été cassé.

Actuellement, M. Lebrun se désiste partout où il a commencé des poursuites; c'est donc le repos pour les pharmaciens, qui pourront désormais se servir du mot *Coricide* sans avoir à redouter aucune revendication de personne.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

La gale de Napoléon Ier. — Certains partisans de Joséphine, pour excuser sa conduite à l'égard de Napoléon, insinuaient que l'empereur avaient la gale et que sa femme ne pouvaient avoir que de l'aversion pour lui. Voici, en effet, les paroles que le général Gourgaud met dans la bouche de l'empereur : « La gale est une maladie terrible; je l'ai gagnée au siège de Toulon. Deux canonniers qui l'avaient furent tués devant moi et leur sang me couvrit. Cela fut mal soigné et je l'avais encore *en Italie et à l'armée d'Egypte*. A mon retour, Corvisart me l'a ôtée, en me mettant trois vésicatoires à la poitrine, qui ont amené une crise salutaire. Auparavant j'étais maigre et jaune, depuis je me suis toujours bien porté ».

Les médecins habitués à soigner les galeux (car cette maladie parasitaire, aujourd'hui bien connue, est aussi fréquente dans certains milieux qu'elle est bénigne) ne retrouveront pas dans les aveux de Napoléon, la cause habituelle de la gale et conseilleront encore moins le traitement de Corvisart.

Nécrologie. — Le Dr Bonin, médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest, décédé à l'âge de 68 ans. — Le Dr Touzelin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1854), décédé le 15 mars à l'âge de 69 ans. — Le Dr Friaque, aide-major de 2e classe au 26e bataillon de chasseurs à pied, décédé à Saint-Mihiel à l'âge de 25 ans. — Le Dr Jacob, d'Avallon, reçu en 1892. — Le Dr Bosset, de Limoges, reçu en 1884.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques de Diagnostic *sémiologique et différentiel*, par le Dr Coutance, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné, 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

L'hygiène des diabétiques, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et A. M. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. 1 volume in-16, de la *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, cartonné toile, tranches rouges (Masson et Cie, éditeurs), 4 francs.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

(1) Cette habitude ne s'est point perdue, mais elle ne nous paraît pas spéciale au Poitou. A. Ch.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*